

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 5.000.000	\$ 2.000.000

PENSION	\$ 320.000
---------	------------

SALUD	\$ 250.000
-------	------------

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2,440%	\$ 48.800

\$ 618.800
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

FIRMA SUPERVISOR

 FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI** ___ **NO** **X** ___ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____, en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

